

Nombre del Estudiante:	Fecha Nacimiento:
------------------------	-------------------

**A. DETERMINACION EN COLOCACION: Ambiente Menos Restringido (LRE) Marque uno:**

El estudiante participara del todo en la clase de educación general, el currículo de educación general, no-académico y actividades extracurriculares con compañeros no incapacitados.

El estudiante no participara en lo siguiente: *Marque y explique todo lo que aplica.*

clase educación general \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

currículo educación general \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

actividades no-académicas y extracurriculares con compañeros no incapacitados \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**B. DICIEMBRE 1 DISPOSICION INFORME FEDERAL Marque uno**

A1. Al menos 80% en el Programa de Temprana Infancia (incluye al menos 50% de niños sin incapacidades, Ej., Head Start, kindergarten, regresados de clases regulares, preescolar privado, escuela pública clases pre-K, grupos cuidado infantil)

A2. Entre 40% y 79% en Programa Temprana Infancia (incluye al menos 50% niños sin incapacidades, Ej., Head Start, kindergarten, regresados de clases regulares, preescolar privado, clases pre-K en escuela pública, grupos cuidado infantil)

A3. Menos que 40% en Programa Temprana Infancia (incluye al menos 50% niños sin incapacidades, Ej., Head Start, kindergarten, regresados de clases regulares, preescolar privado, escuela pública clases pre-K, grupos cuidado infantil)

B1. Clase separada Educación Especial (incluye 49 por ciento o mas de niños con incapacidades, Ej., clases de la educación especial en edificios regulares escolares, en locales de cuidado infantil, locales con pacientes de hospital, u otras disposiciones dentro de la comunidad)

B2. Escuela separada Educación Especial (incluye 49 por ciento o más niños con incapacidades, Ej., clases educación especial en trailer o edificio portátil fuera de la escuela regular; o escuelas separadas)

B3. Locales residenciales Educación Especial (incluye 49 por ciento o más niños con incapacidades en locales residenciales)

B4. Programa Educación Especial en el hogar del niño

B5. Programa Educación Especial en un local proporcionado en servicio (Ej., oficinas clínicas privadas, oficinas de clínicas localizadas en edificios escolares, hospitales asistiendo pacientes, bibliotecas y otros lugares públicos)

Nombre del Estudiante:	Fecha Nacimiento:
------------------------	-------------------

**C. AVISO ESCRITO**

El estudiante recibirá los servicios y colocación perfilados en este Programa Educación Individualizado (IEP) porque el estudiante es elegible para la educación especial y el equipo de IEP ha determinado que este IEP reúne sus necesidades.

1. Las siguientes opciones fueron consideradas pero denegadas porque:
2. Los siguientes procedimientos de evaluación, pruebas, informes, o reportes fueron utilizados como base de este IEP:
3. La siguiente información, otros factores desde los padres y otros orígenes fueron utilizados para desarrollar este IEP:

Tiene protección bajo el procedimiento asegurado Mejora Educacional Act 2004 (IDEA 2004) de los Individuos con Incapacidades. Si necesita una explicación o una copia de la Notificación *Procedimiento Asegurado*, por favor contacte \_\_\_\_\_ *Case Manager* al \_\_\_\_\_ *Building or Phone*. Después de contactar al distrito escolar, si más asistencia es precisada, usted puede contactar cualquiera de las agencias detalladas a continuación:

Idaho State Department of Education  
208/332-6910  
800/432-4601  
TT: 800/377-3529

Idaho Parents Unlimited, Inc.  
800/242-4785  
V/TT: 208/342-5884

Comprehensive Advocacy, Inc.  
V/TT: 208/336-5353  
V/TT: 866/262-3462

**D. CONSENTIMIENTO PARA UNA COLOCACION INICIAL**

YO DOY CONSENTIMIENTO a la colocación de \_\_\_\_\_ en la educación especial. Entiendo que puedo revocar este consentimiento antes de que los servicios comiencen.

He sido informado de las diferencias entre un Programa Individualizado Educacional (IEP) y un Plan de Servicio Familiar Individual (IFSP):

- Yo consiento utilizar un IFSP en lugar de un IEP.
- Yo niego consentimiento en utilizar un IFSP en lugar de un IEP.

NIEGO CONSENTIMIENTO a la colocación de \_\_\_\_\_ en la educación especial.

\_\_\_\_\_  
Padre

\_\_\_\_\_  
Fecha